

# Schadenanzeige Unfall



<p>Name und Anschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	<p>Vertrags-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Schaden-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Telefon-Nr. des Antragstellers/Versicherungsnehmers: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>des Versicherten (Verletzten): <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<p>I.a) Vor- und Zuname des Versicherten (Verletzten)</p> <p>b) Straße und Hausnummer, PLZ, Wohnort</p> <p>c) Geburtsdatum</p> <p>d) Beruf / Beschäftigung</p> <p>e) Zu welchem Unternehmen best. am Unfalltag ein Arbeitsverhältnis?</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
<p>2.a) Tag, Uhrzeit und Ort des Unfalls</p> <p>b) Berufsunfall oder Unfall im privaten Bereich?</p> <p>c) Detaillierte Schilderung des Unfallhergangs (ggfs. auf gesondertem Blatt)</p> <p>d) Alkoholgenuß in den letzten 24h vor dem Unfall? (Art und Menge der Getränke)</p> <p>e) Blutprobe? (ggfs. %)</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja    <input style="width: 40px;" type="text"/> %         </p>
<p>3.a) Wurde der Unfall einer gesetzlichen Unfallversicherung (z.B. Berufsgenossenschaft) gemeldet? (ggfs. welcher)</p> <p>b) Wurde der Unfall polizeilich aufgenommen? (Dienstst., Tagebuch-Nr.)</p> <p>c) Läuft ein Strafverfahren?</p> <p>Aktenzeichen und Sitz der zuständigen Staatsanwaltschaft</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4.a) Zeugen des Unfalls</p> <p>b) Wer hat den Verletzten nach dem Unfall zuerst gesehen? (wenn kein Zeuge zugegen war)</p> <p>c) Hat eine andere Person den Unfall verschuldet? (Wer? Kfz-Kennzeichen? Name und Anschrift?)</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

<p>5.a) Welche Verletzungen oder sonstigen Gesundheitsschädigungen sind eingetreten?</p> <p>b) Hat der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit oder zu Arbeitsunfähigkeit geführt? (ggfs. für welche Zeitdauer)</p> <p>c) Ist mit einer dauernden Beeinträchtigung zu rechnen? Wie ist die Heilungstendenz? (Verbesserung, Verschlimmerung)</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>										
<p>6.a) Bestanden vor dem Unfallereignis Vorerkrankungen, Krankheiten, Gebrechen oder Beschwerden? Wenn ja, welche?</p> <p>b) Erhält oder erhielt der Verletzte eine Rente wegen einer vor dem Unfall entstandenen Behinderung oder Krankheit? (ggfs. von welcher Stelle? Renten-Nr.?)</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>										
<p>7.a) Welcher Arzt hat wann Erste Hilfe geleistet?</p> <p>b) Name und Anschrift aller behandelnden Ärzte</p> <p>c) Stationäre Behandlung? (ggfs. Dauer, Name und Anschrift des Krankenhauses. Falls ja, bitte Bescheinigung mit Diagnose einreichen)</p> <p>d) Ist die ärztliche Behandlung abgeschlossen bzw. Voraussichtliche Dauer?</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>										
<p>8.a) Bestehen Unfallversicherungen auch bei anderen Gesellschaften? (ggfs. Name, Anschriften, Versicherungs-Nr. und Vers.-summen angeben)</p> <p>b) Besteht eine private Krankenversicherung? (ggfs. Name und Anschrift der Gesellschaft oder Kasse angeben)</p> <p>c) Hat der Versicherte schon früher eine Entschädigung wegen eines Unfalls erhalten? (ggfs. wann, wieviel, von welcher Gesellschaft?)</p> <p>d) Ist schon einmal eine vom Versicherten beantragte Lebens- oder Unfallversicherung abgelehnt oder zurückgestellt oder eine solche Versicherung vom Versicherer gekündigt worden?</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein     </p>										
<p>9. Wann wurde zu diesem Vertrag die letzte Prämie entrichtet?</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table>										
<p>Eine Entschädigung ist zu zahlen an (Kontoinhaber): <input style="width: 500px;" type="text"/></p> <p>Geldinstitut: <input style="width: 500px;" type="text"/></p> <p>Bankleitzahl (BLZ): <input style="width: 150px;" type="text"/>      Kontonummer: <input style="width: 150px;" type="text"/></p>											
<p><b>Entbindung von der Schweigepflicht</b></p> <p>Mir / uns ist bekannt, dass die Konzept &amp; Marketing GmbH - soweit hier ein Anlass dazu besteht - Angaben über meinen / unseren Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle und frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir / uns beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie(n) ich / wir Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Kranken-Anstalten oder Gesundheitsämtern, die mich / uns in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht - und zwar auch über meinen / unseren Tod hinaus - und ermächtige(n) sie, der Konzept &amp; Marketing GmbH die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder noch stehe. Die Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.</p> <p>Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder, sowie die von mir gesetzlich mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.</p> <p><b>Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass bewusst unwahre oder unvollständige Angaben zum Verlust des Anspruchs auf Versicherungsschutz führen können, auch wenn dem Versicherer durch diese Angaben kein Nachteil entsteht.</b></p>											
<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <p>Ort, Datum</p>		<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <p>Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers</p>		<table border="1" style="width: 100%; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 100%;"></td></tr> </table> <p>Unterschrift des Versicherten (Verletzten)</p>							